

Obstakels in de implementatie van Evidence-based medicine

het verleden, het heden (en de toekomst?)

EBP cursus CEBAM
De kloof dichten tussen EBM en de praktijk
November 18, Faculty Club, Leuven
Karin Hannes, Centre for Sociological Research,
Faculty of Social Sciences, KU Leuven

<https://www.youtube.com/watch?v=QUW0Q8tXVUc>

Conflict of interest

Hannes *et al. Systematic Reviews* 2013, **2**:84
<http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/84>



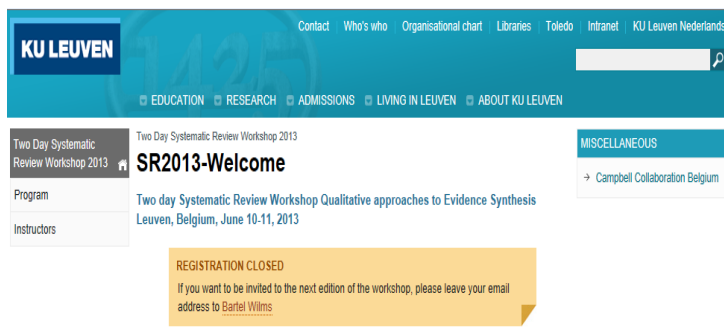
COMMENTARY

Open Access



Celebrating methodological challenges and changes: reflecting on the emergence and importance of the role of qualitative evidence in Cochrane reviews

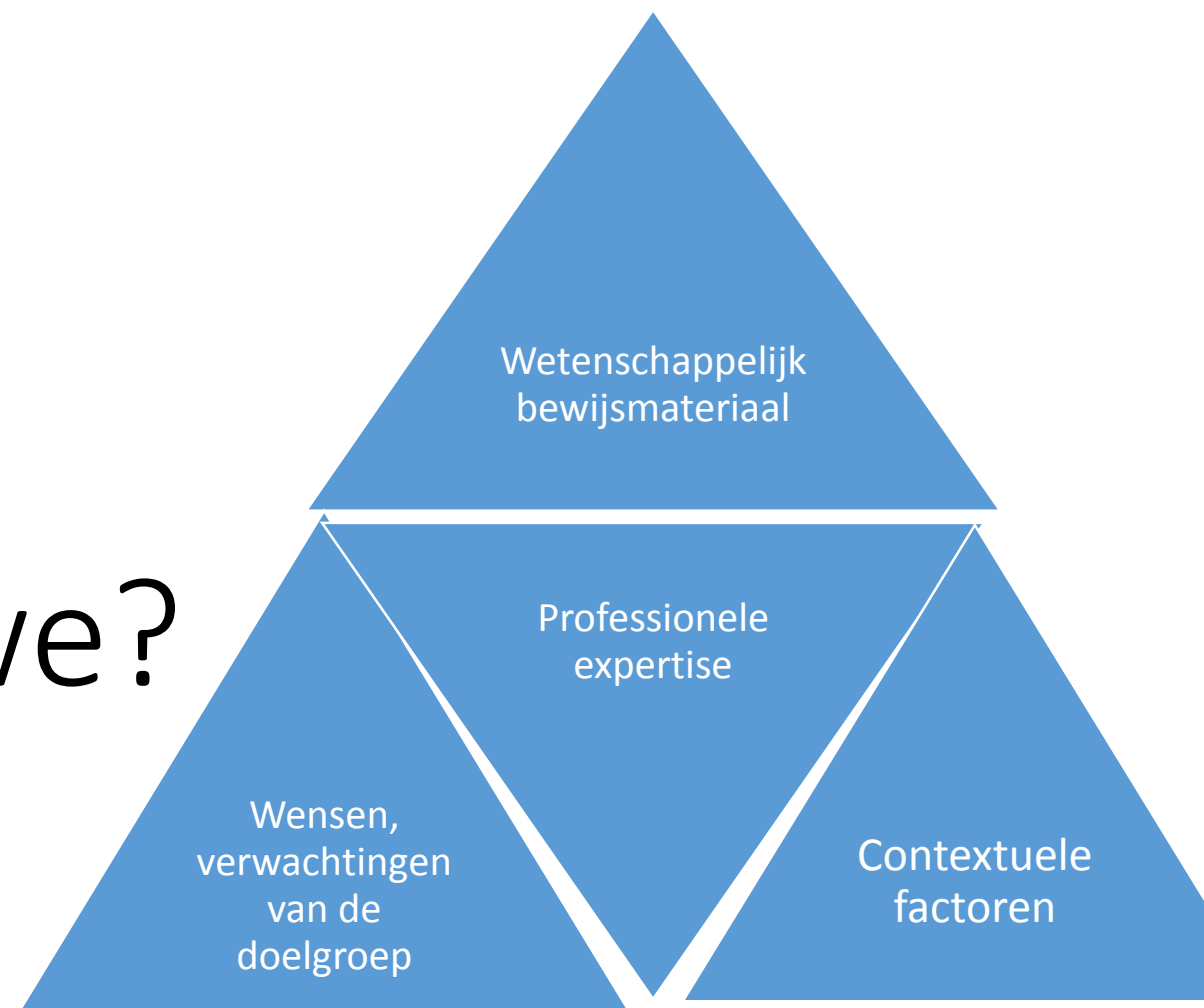
Karin Hannes^{1*}, Andrew Booth², Janet Harris² and Jane Noyes³



Agenda

- Waar stonden we in 2003-2005?
 - Obstakels
- Waar staan we nu?
 - Andere obstakels?
- Waar gaan we naartoe?
 - Veranderende visie op het EBP?

Waar stonden we?



“EBP is the integration of the **best available research** with professional **expertise** in the context of a **specific target group’s** characteristics, culture and preferences.”

American Psychological Association. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. Washington, DC: Author.



Waar stonden we?

Doelstelling:

Het identificeren en analyseren van obstakels t.a.v de implementatie van EBP binnen diverse disciplines in de gezondheidszorg, met het oog op het informeren van het beleid en de praktijk over potentiële strategieën die moeten overwogen worden om de obstakels te overbruggen.

Understanding the Evidence-Based Movement:
A context-specific study on obstacles to implementing
Evidence-Based Practice

Karin HANNES

Jury:

Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts

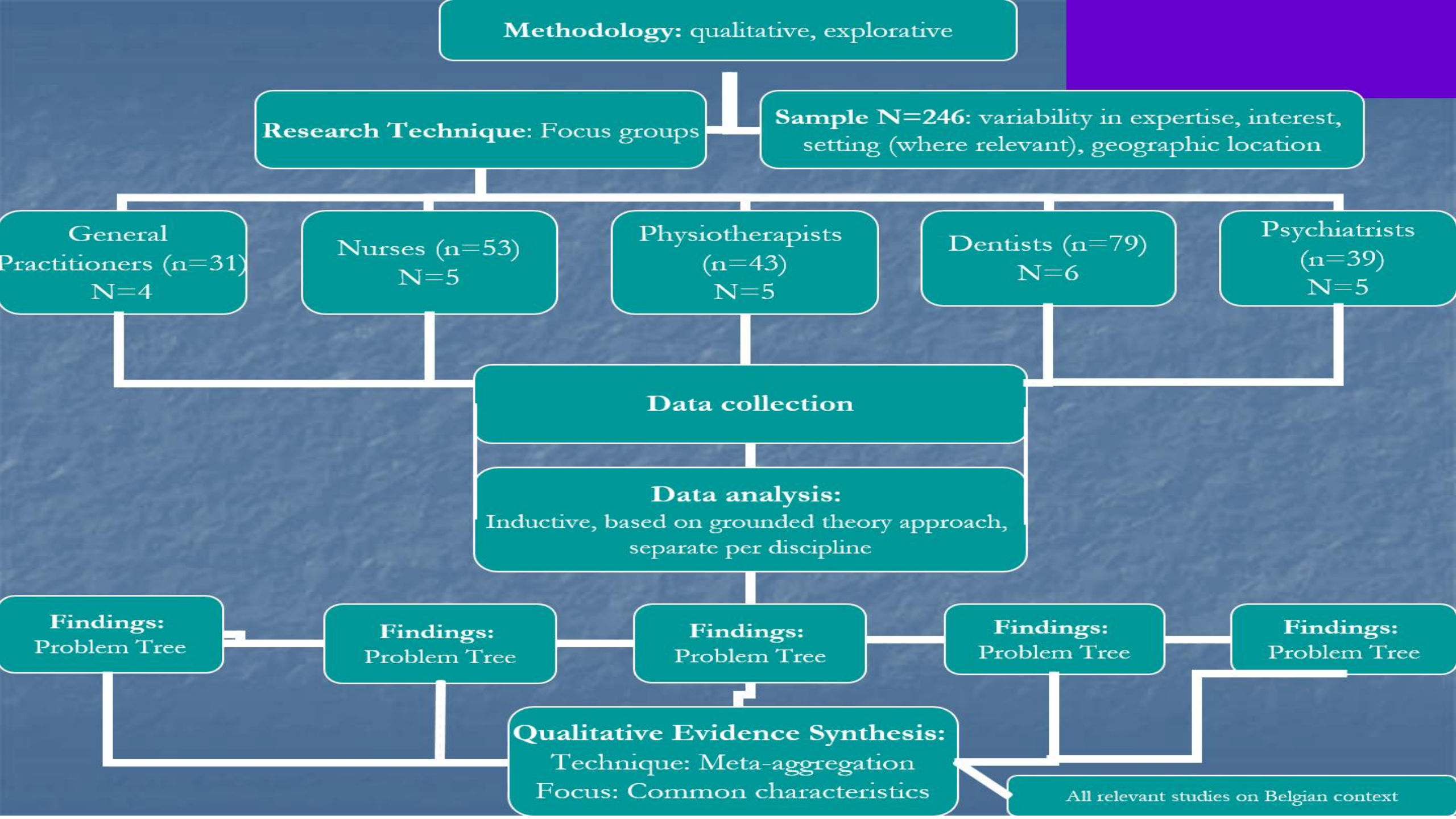
Copromotor: prof. dr. Jo Goedhuys

Chair: prof. dr. Peter Donceel

**Jurymembers: prof. dr. Frank Buntinx, prof. dr. Willy Peetermans,
prof. dr. Stefan Timmermans and prof. dr. Etienne Vermeire**

Doctoral thesis in Medical Sciences

Leuven, November 13, 2008



Waar stonden we?

Obstacles psychiatrists evidence	GP	NU	PH	DE
■Difficult to keep up-to-date	X	X	X	X
■Lack of relevant evidence	X	X	X	X
■Lack of time / work pressure	X	X	X	X
■Contradictions	X	X		X
■Hierarchical position RCT	X		X	
■Not applicable	X		X	X
■Format and language inappropriate		X	X	
■Overload	X		X	
■Quality, objectivity issues	X	X		X
■Information retrieval technology		X		
■Scarce info on negative effects				X

PS: government Decisions not EB Economic criteria Guidelines produced by researchers → relevance for practice Guidelines impact on therapeutic freedom Discipline not valued, not engaged in decision making, no power No quality control on studies	GP X X X 	NU X 	PH X X 	DE X X X X
PS: Commercial companies Sponsoring education and research Research topics based on expected profit RCT-minded 'coloured' information bulk Science without sponsoring difficult Researchers engaged in promotion of products	X X	X X X	<div></div>	X X X
PS: Patients/family				
Wishes and expectations	X	X	X	X
Patient feedback is main measure of success		X	X	X
Broad spectrum of patients → keeping up to date	X		X	
How to handle somatic complaints?	X		X	
Unique individuals, hard to standardise	X		X	X
Emancipated patient	X	<div></div>	<div></div>	X

Waar stonden we?

Discipline gerelateerde obstakels huisartsen

- Obstakels

- Vage, brede klachten en een grote variëteit aan problemen om mee om te gaan.
- Conflicten met collega specialisten.
- Rol gereduceerd tot het behandelen van patiënten die niet binnen het plaatje van de specialisten vielen.

- Suggesties

- Beter articuleren van de taken en verantwoordelijkheden van huisartsen.
- Het versterken van de intellectuele positie van de huisartsen.
- Meer vat krijgen op de impact van EBM op de uitkomsten van de patient.

Waar stonden we?

Discipline gerelateerde obstakels psychiaters en tandartsen

- Psychiaters

- Verschillende 'scholen' binnen de discipline.
- Te veel focus op symptoomreductie.
- Vage vraagstelling bij aanvang van de therapie.
- Verbetering bij de patient lijkt vooral het gevolg te zijn van een goede relatie met de patient.
- Perceptie dat ze op een andere manier hulp verlenen in vergelijking met andere medisch geschoolde college's.

- Tandartsen

- Moeilijkheden om bij te blijven met nieuwe toestellen, producten en materialen, gekoppeld aan de hoge kostprijs van het investeren in dit materiaal.
- Hoge impact van technische vaardigheden op succesvolle uitkomst bij de patient.
- Gebrek aan incentives om EB zorg te verlenen (want iedereen krijgt dezelfde betaling).

Waar stonden we?

Discipline gerelateerde obstakels fysiotherapeuten en verpleegkundigen

- Fysiotherapeuten

- Te weinig ruimte voor autonome beslissingen.
- Kwetsbare politieke positie.
- Slecht gearticuleerde grenzen tussen taken en verantwoordelijkheden van professies.
- Ongelijkheden in betalingsmodaliteiten.
- Veranderende nomenclatuur (gelinkt aan een transfer van kosten).
- Geen accreditatie systeem

- Verpleegkundigen

- Te weinig ruimte voor autonome beslissingen.
- 'Passing the buck'
- Rol gemakkelijk gereduceerd tot een 'kost'.
- Tweesporenbeleid in de opleiding verpleegkunde.
- Gebrek aan expertise bij supervisors en leraars.

Synthese van de inzichten

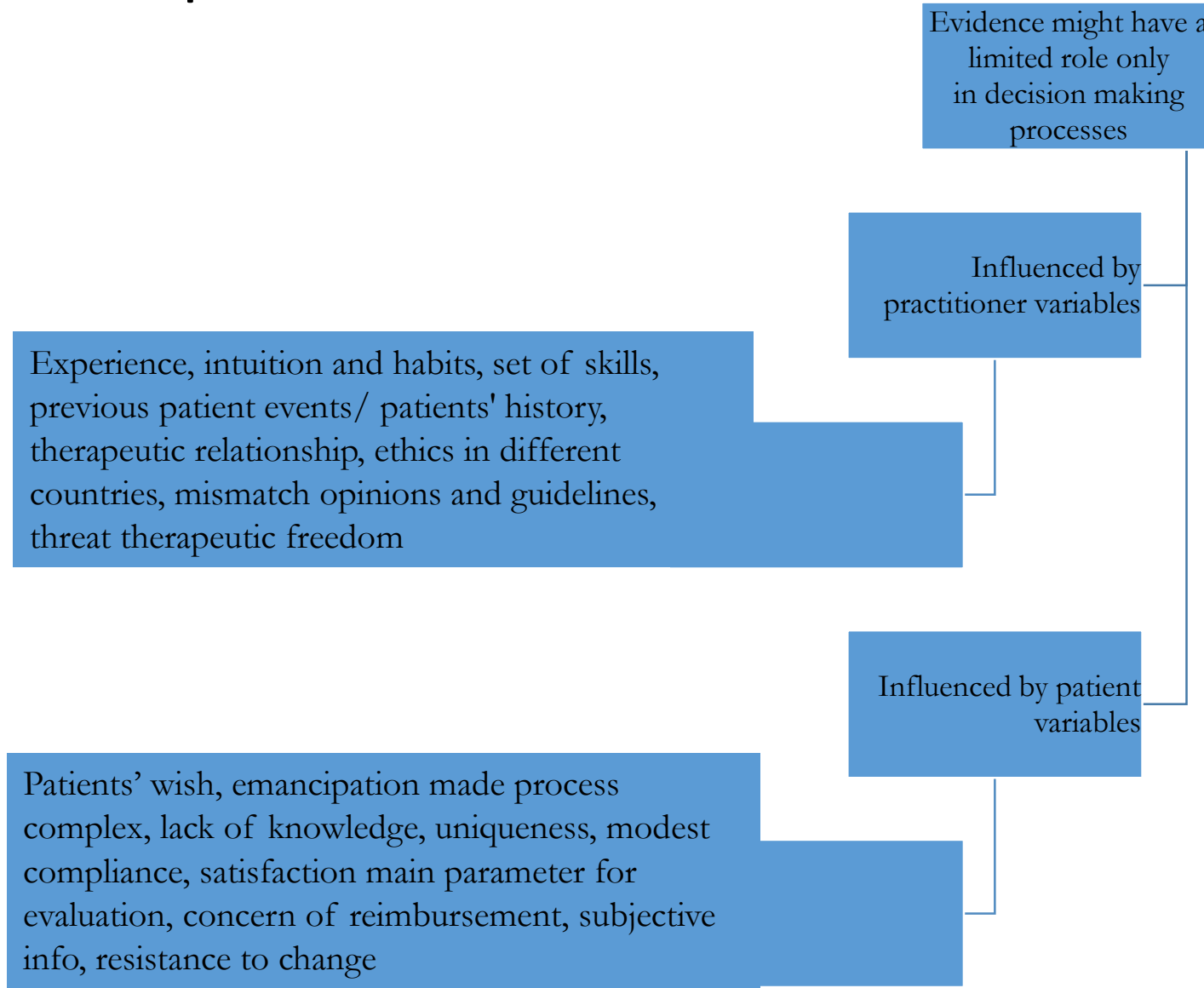
Doelstelling:

Onderzoeken van gelijkenissen in ervaren obstakels tussen doelgroepen tewerkgesteld binnen de Belgische gezondheidszorg context, door het combineren van inzichten uit de onafhankelijke, primaire studies.

Synthese van de inzichten

- Evidence speelt slechts een beperkte rol in beslissingsprocessen van zorgverleners.
- Kwaliteit van zorg blijkt niet de enige factor te zijn die de evidence-based agenda aanstuurt.
- Bepaalde groepen van zorgverleners hebben het moeilijker om een evidence-based agenda door te duwen dan anderen.
- Er is een gebrek aan competenties bij het implementeren van EBP.

Synthese 1: Evidence speelt slechts een beperkte rol in besliskunde



Synthese 1: Evidence speelt slechts een beperkte rol in besliskunde

Evidence might have a limited role only
In decision making processes

Evidence in its current form and content is not workable

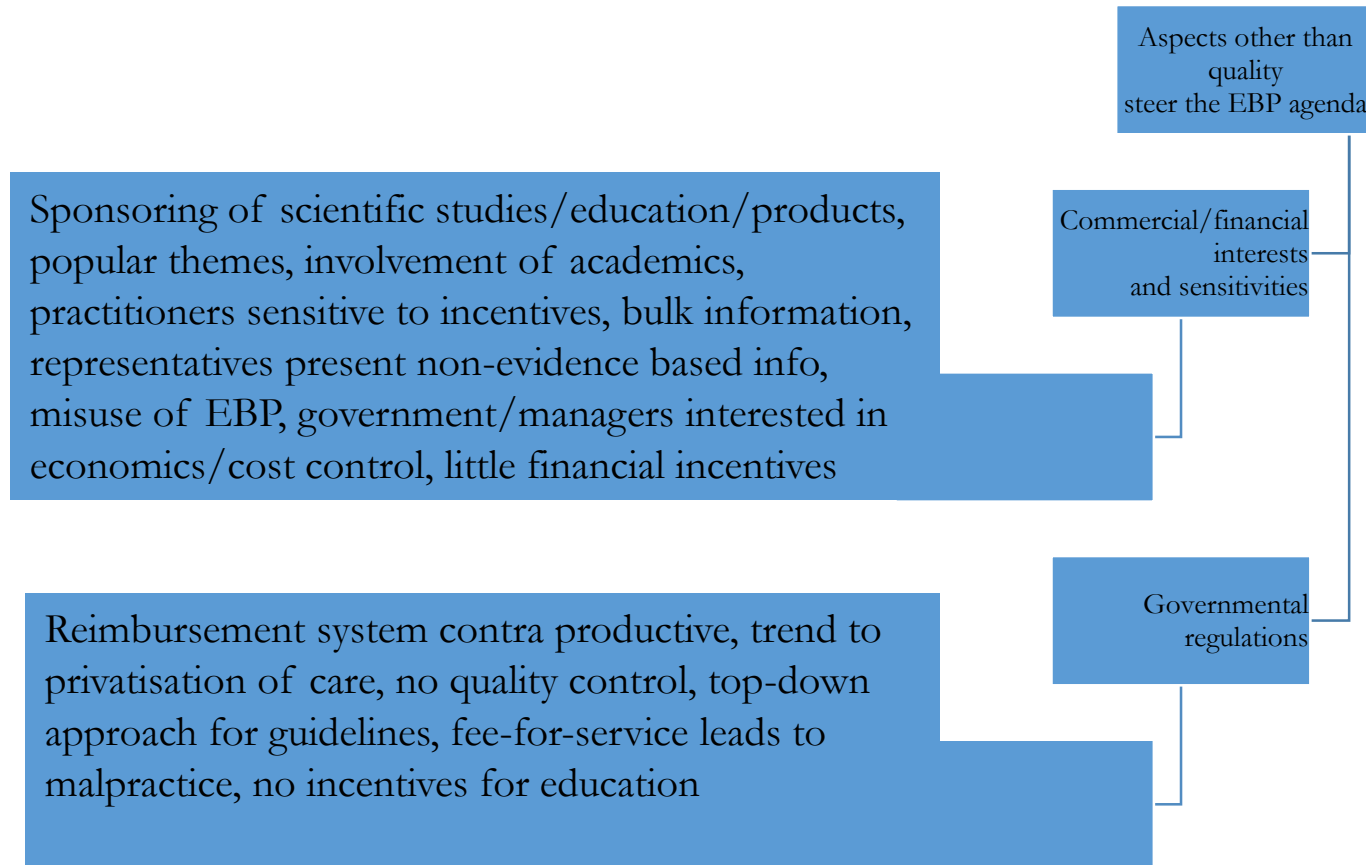
Applicability: not transferable/useful to all settings, time-delay, statistical focus, narrow inclusion criteria, difficult to keep-up-to date (fast changing, time), difficult to translate in practice, vague complaints /diagnosis/questions, defining outcomes and treatments complex, trial and error

Accessibility: expensive, difficult to access/locate in overload, wrong journals

Sub optimality: Lack (certain topics, neg. results), difficult to understand, contradictory, too little detail, no clear recommendations, not always up-to-date

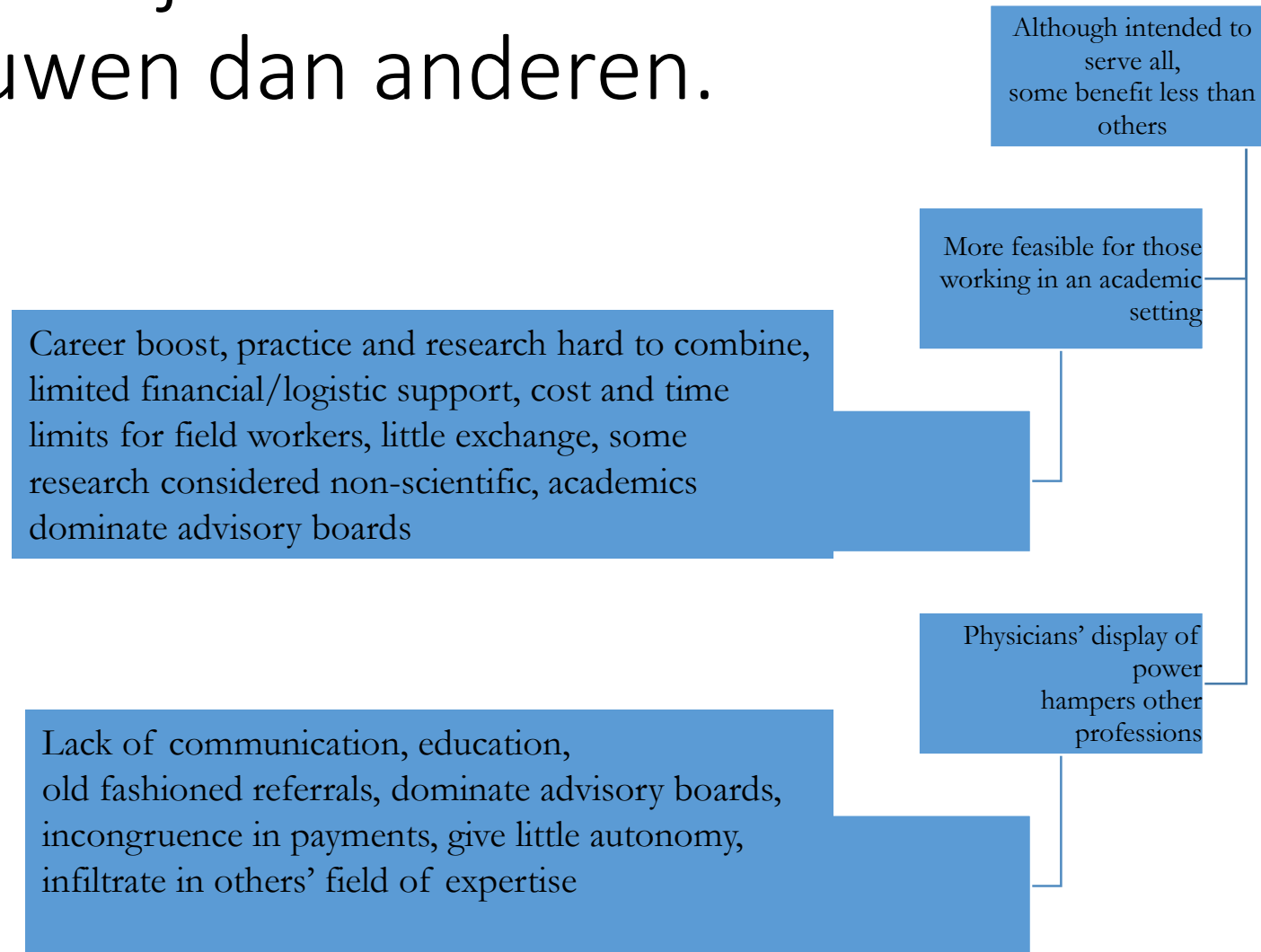
Synthese 2:

Kwaliteit van zorg blijkt niet de enige factor te zijn die de evidence-based agenda aanstuurt.



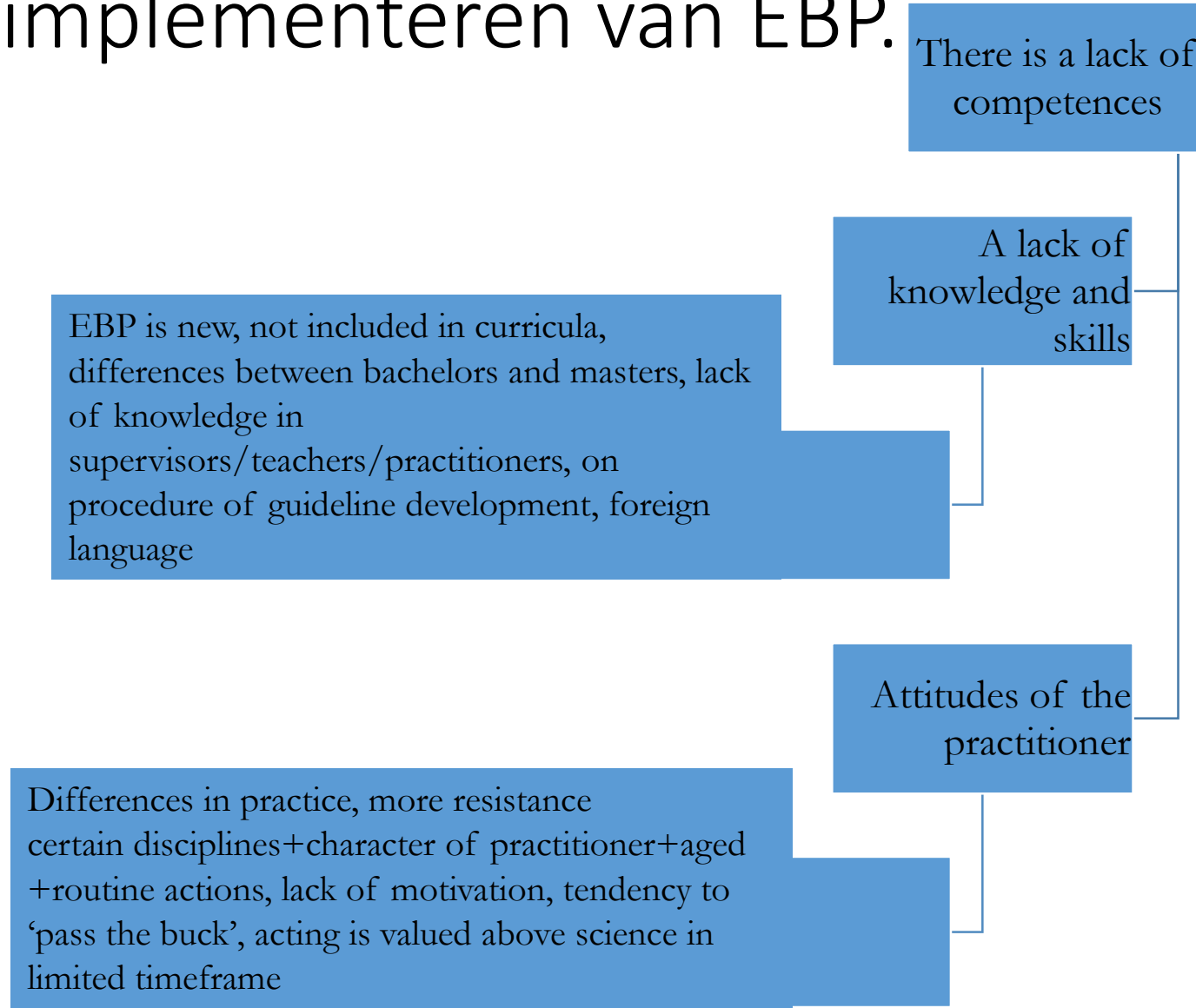
Synthese 3:

Bepaalde groepen van zorgverleners hebben het moeilijker om een evidence-based agenda door te duwen dan anderen.



Synthese 4:

Er is een gebrek aan competenties bij het implementeren van EBP.



Potentiële strategieën

- De potentiële sumiere rol van evidence in het beslissingproces:
 - Kwalitatieve en andere onderzoeksdesigns moeten worden ingezet om een beter zicht te krijgen op de mechanismen die daar spelen.
 - Shift van de vraag naar wat obstakels zijn naar de vraag hoe evidence kan bijdragen tot een beslissing en in welke omstandigheden het faalt
 - Vergelijk 'do's and don'ts' van zorgverleners (outcomes)
 - Geef educatie aan patiënten

Potentiële strategieën

- Zoveel mogelijk vrije en directe toegang tot kwaliteitsvolle informative
 - Goed gestructureerd, compact, relevant, gericht op specifieke disciplines
 - Referentiepersonen of help desks
 - Het engageren van universiteiten, professionele organisaties, overheden voor screening, kwaliteitscontrole en vertaling naar het veld

Potentiële strategieën

- Het aanpakken van economische motieven en regelgeving die het EBP discours misbruikt of geen sensitiviteit heeft t.a.v inzichten uit evidence.
- Stimuleer de overheid
 - Om informatie van de commerciële sector die verkeerd is van een antwoord te voorzien
 - Om hun eigen nomenclatuur aan een kritische doorlichting te onderwerpen
 - Om financiële incentives te voorzien voor mensen die EBM toepassen
- Stimuleer onderzoekers om complexe interventies te onderzoeken en alternatieve designs te promoten.

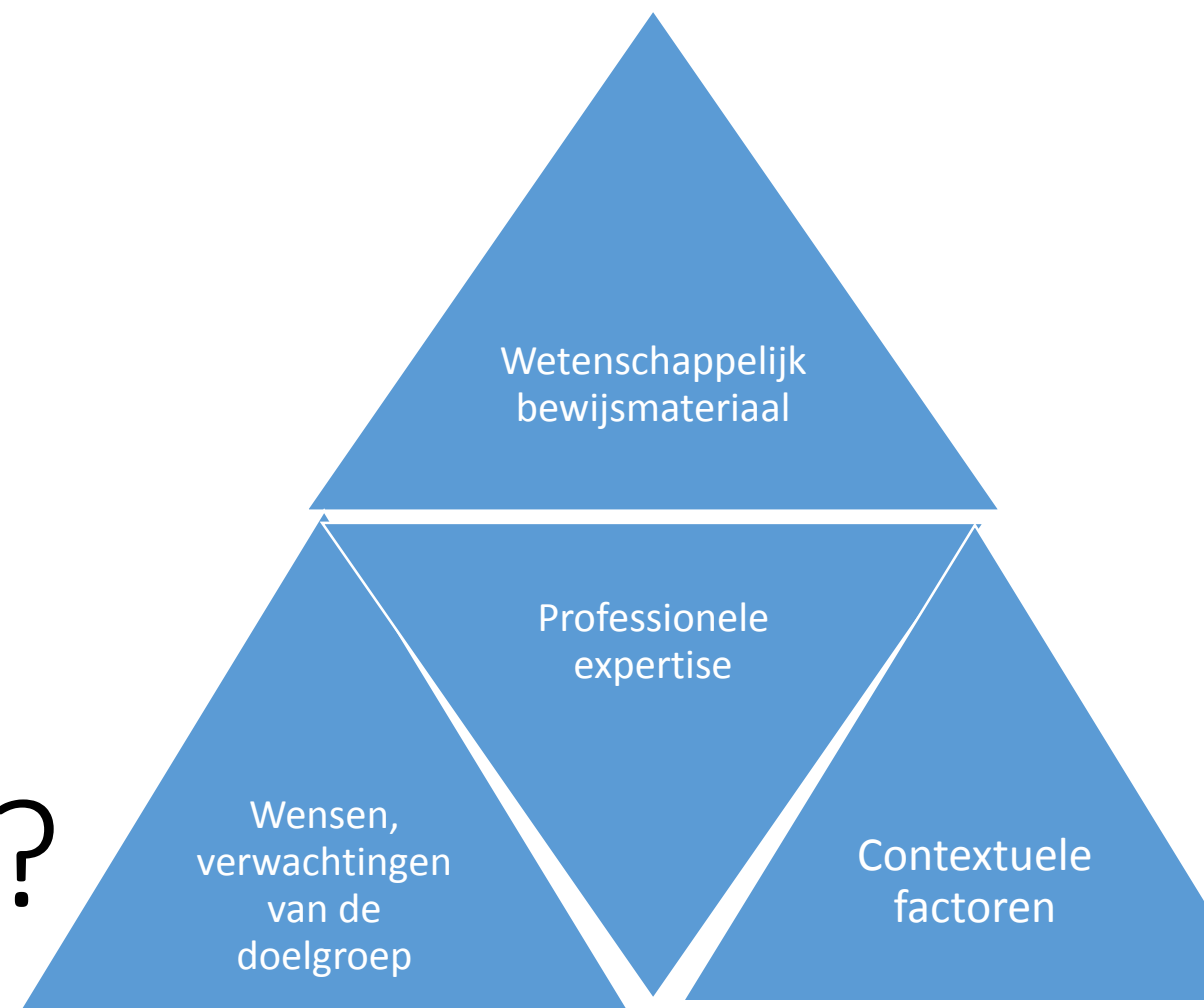
Potentiële strategieën

- Pak de ongelijkheden in de mogelijkheid om EBP te kunnen toepassen aan:
 - Bevorder de communicatie tussen artsen en andere disciplines van zorgverlening.
- OF
- Geef andere zorgverleners meer autonomy in hun respectievelijke expertisedomeinen en definieer de grenzen tussen disciplines.

Potentiële strategieën

- Pak het gebrek aan competenties aan:
 - Integreer EBP in de basis curricula en doe dit zowel binnen elke discipline als over disciplines heen (multidisciplinair werken)
 - Mobilizeer praktijkwerkers in het veld via professionele organisaties, peer review groups, opinie leiders etc.
 - Compenseer zorgverleners voor de tijd die ze erin steken.

Waar staan we nu?

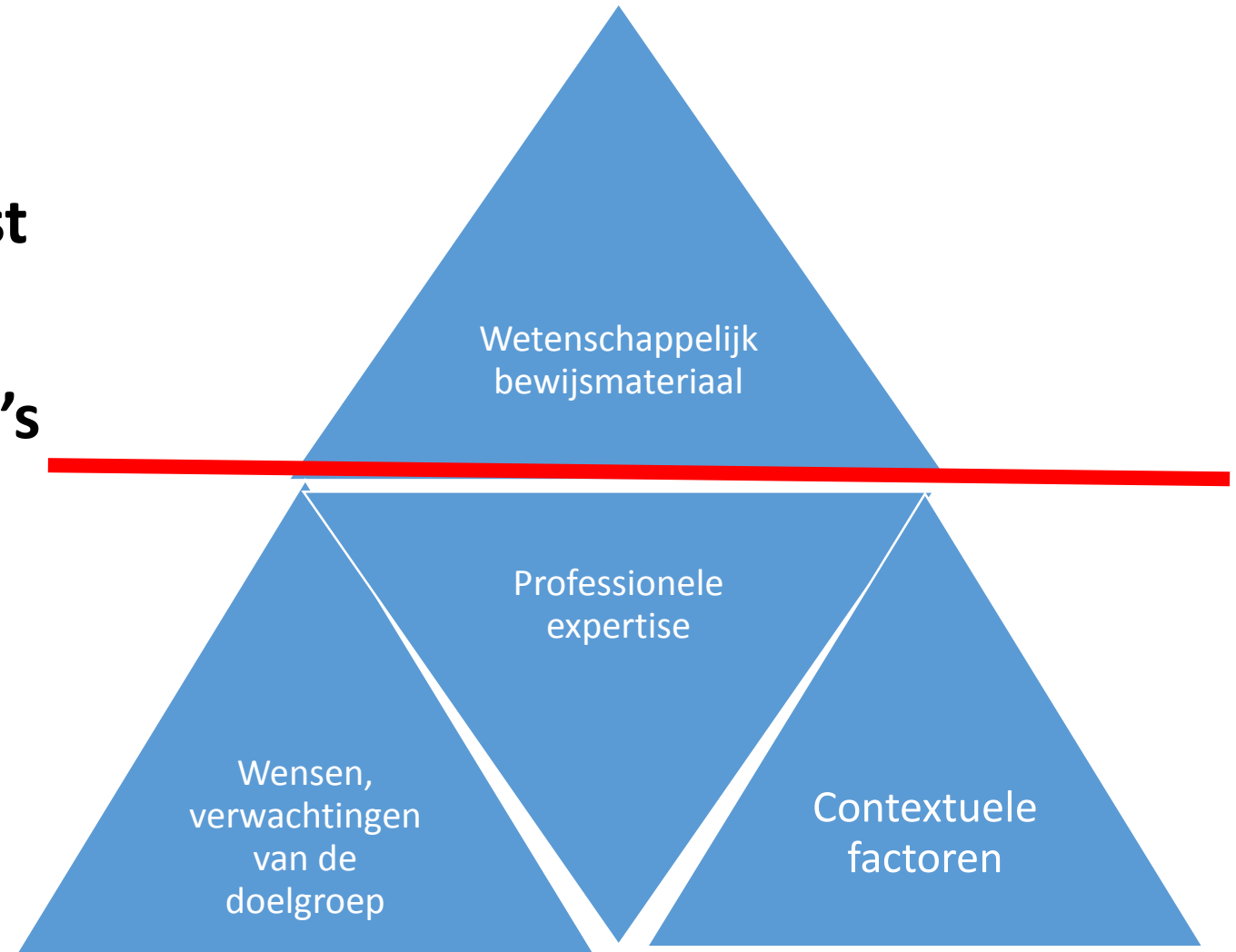


Terugkoppeling van inzichten van de focusgroepen

Evidence-based practice Definitie

“EBP is the integration of the **best available research** with professional **expertise** in the context of a **specific target group’s** characteristics, culture and preferences.”

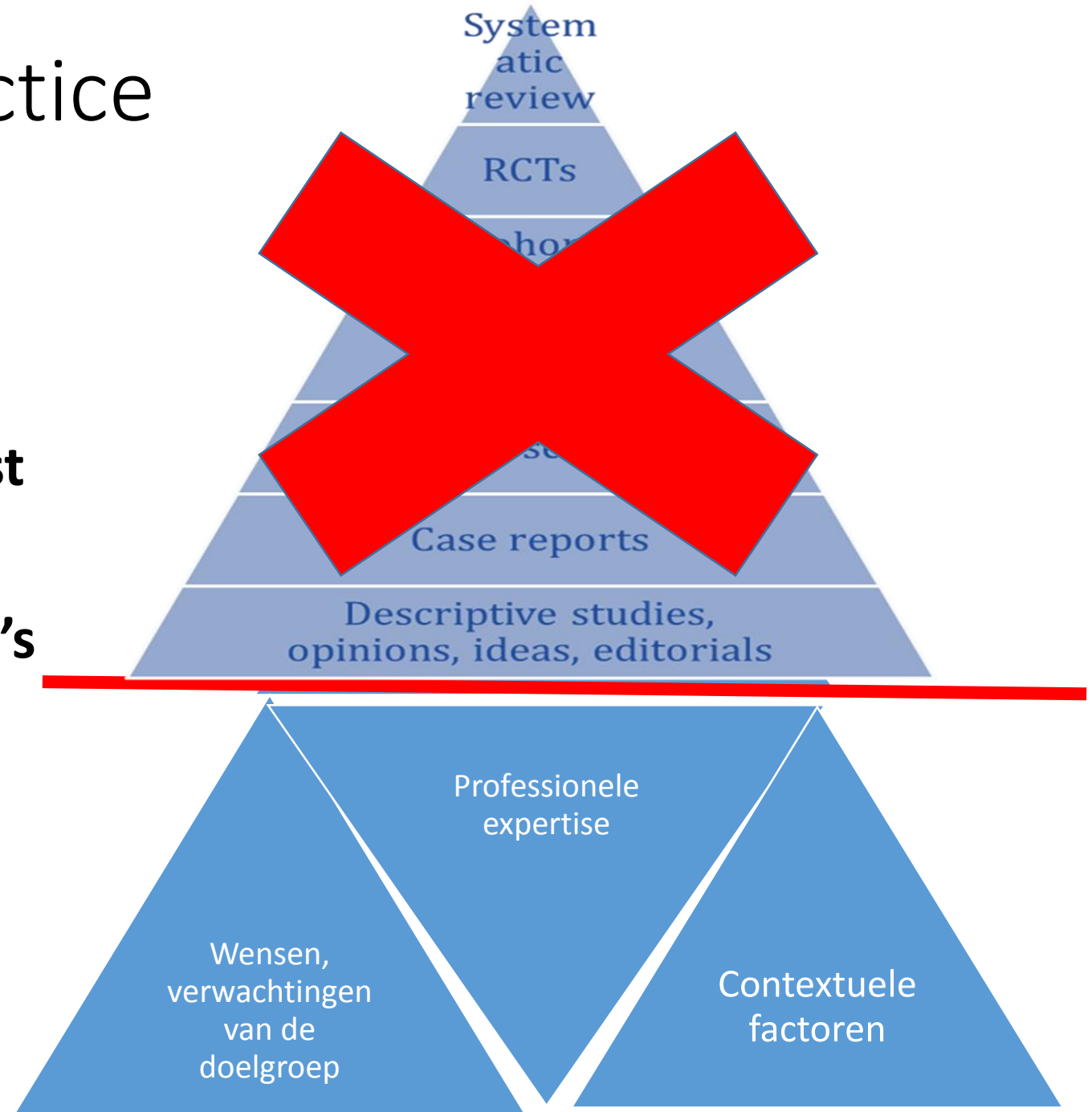
American Psychological Association. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. Washington, DC: Author.



Evidence-based practice Definitie

“EBP is the integration of the **best available research** with professional **expertise** in the context of a **specific target group’s** characteristics, culture and preferences.”

American Psychological Association. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. Washington, DC: Author.



Evidence-based practice Definitie

Wat werkt, werkt niet!

“EBP is the integration of the **best available research** with professional **expertise** in the context of a **specific target group’s** characteristics, culture and preferences.”

American Psychological Association. (2006). APA presidential task force on evidence based practice. Washington, DC: Author.



Waarom wat werkt niet werkt

- EBP discours viel ten prooi aan een **causale, technologische logica**
- Het handelen van de zorgverlener heeft geen dominant **instrumentele**, maar een morele **dimensie**
- Echte wetenschap moet naast het aanleveren van **bewijsmateriaal** ook de **culturele dimensie** van het zoeken naar wat mogelijk is openlaten. Het is met andere woorden niet enkel een theorie van kennisoverdracht, maar een theorie van het kennen op zich.

Biesta, G. (2007), WHY “WHAT WORKS” WON’T WORK: EVIDENCE-BASED PRACTICE AND THE DEMOCRATIC DEFICIT IN EDUCATIONAL RESEARCH. Educational Theory, 57: 1–22.
doi: 10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x

Kritieken op veronderstelling 1: 'What works'

- Evidence-based praktijk is geen '**neutraal**' referentiekader:

- De inhoudelijke focus ligt op 'wat werkt'
- De methodologische focus ligt op 'RCT's'

*Een **causaal model** van professioneel handelen:*

- met een zuiver te meten relatie tussen 'interventie' en 'uitkomst'.

*Een **technologisch** model van professioneel handelen.*

- Uitkomstmaten kunnen gescheiden worden van de middelen, mensen en methoden die worden ingezet.
- Uitkomstmaten liggen bij voorbaat vast.

Kritieken op veronderstelling 1: 'What works'

- GZHZ interventies zijn niet altijd 'fysieke' interacties, maar vaak interacties gemedieerd door symboliek.
- Zorgverlenend handelen fungeert in en als een open systeem.



Kritieken op veronderstelling 1: 'What works'

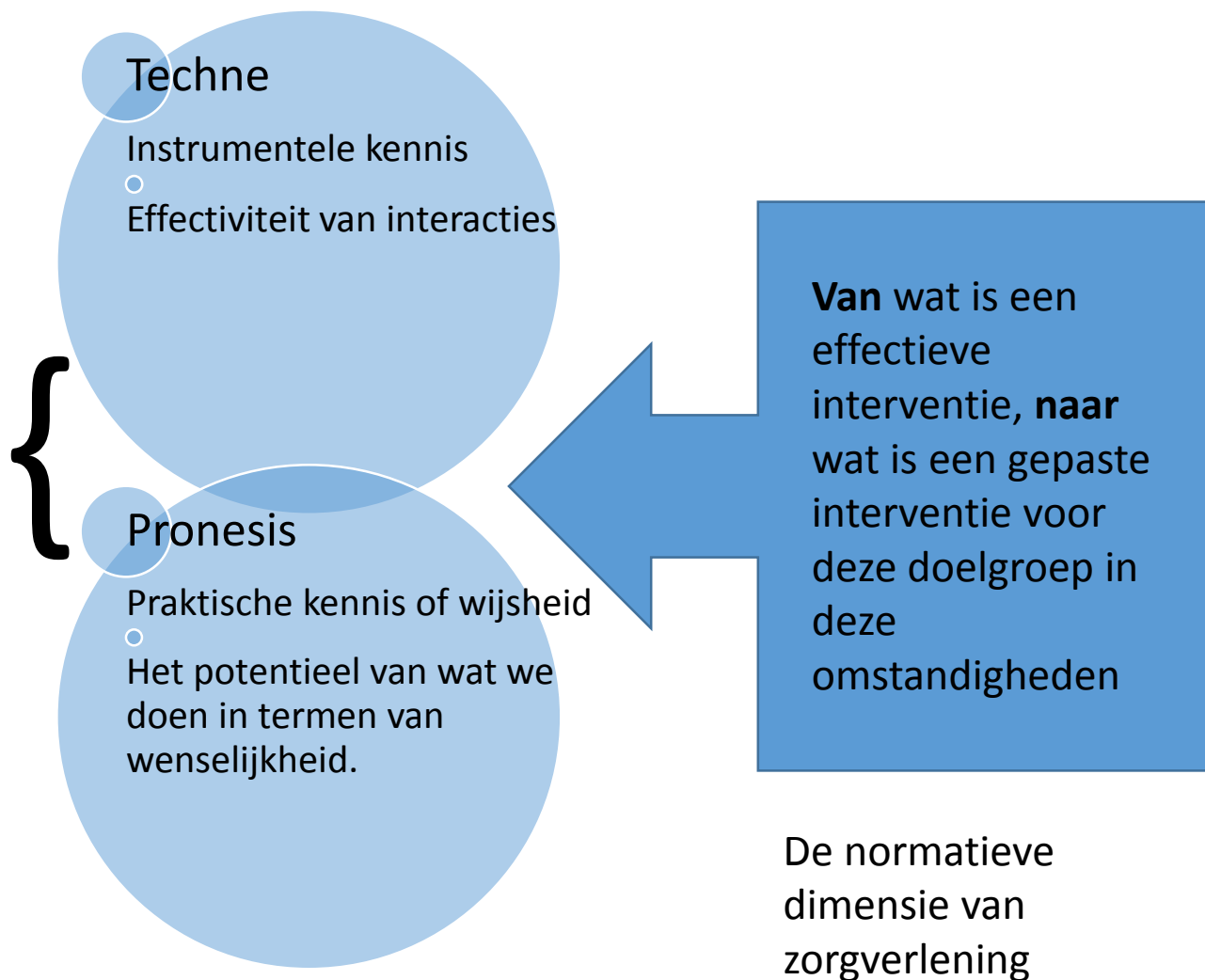
- De uitkomst van het handelen mag niet op voorhand vastliggen.
 - **Probleem 1:** Zelfs als we een antwoord kunnen geven op de vraag wat het best werkt, betekent dit niet dat we ernaar moeten handelen; zijn bepaalde interventies 'wenselijk'?
 - **Probleem 2:** Zelfs als bepaalde interventies blijken te werken, moeten we ons de vraag blijven stellen welke andere effecten we bijkomend teweegbrengen; het *morele versus het technologische discours*.

'practical wisdom' and 'informal' tacit knowledge

Kritieken op veronderstelling 2: 'De instrumentele dimensie'

De hamvraag:

Hoe kunnen we
inzichten uit beide
dimensies op de best
mogelijke manier
integreren?



Kritieken op veronderstelling 2: 'De instrumentele dimensie'

- EBP hoeft niet beperkt te zijn tot instrumentele kennis of 'techne'.
- EBP is een basis attitude, die zowel de zorgverlener als zijn/haar doelpubliek verrijkt, het risico op suboptimale medische beslissingen minimaliseert, waarbij wetenschappelijke inzichten worden geïntegreerd met expertise, karakteristieken van de doelgroep en contextuele factoren.



Professionele
expertise

*Professioneel oordeel:
centraal gegeven in de praktijk van de zorgverlening*

*Evidence
uit onderzoek
- Universeel*

*De doelgroep + context
- Specifiek*



De plicht om
'evidence' te
overwegen.

Het recht om NIET
te handelen volgens
'evidence'

Medische vrijheid (?)

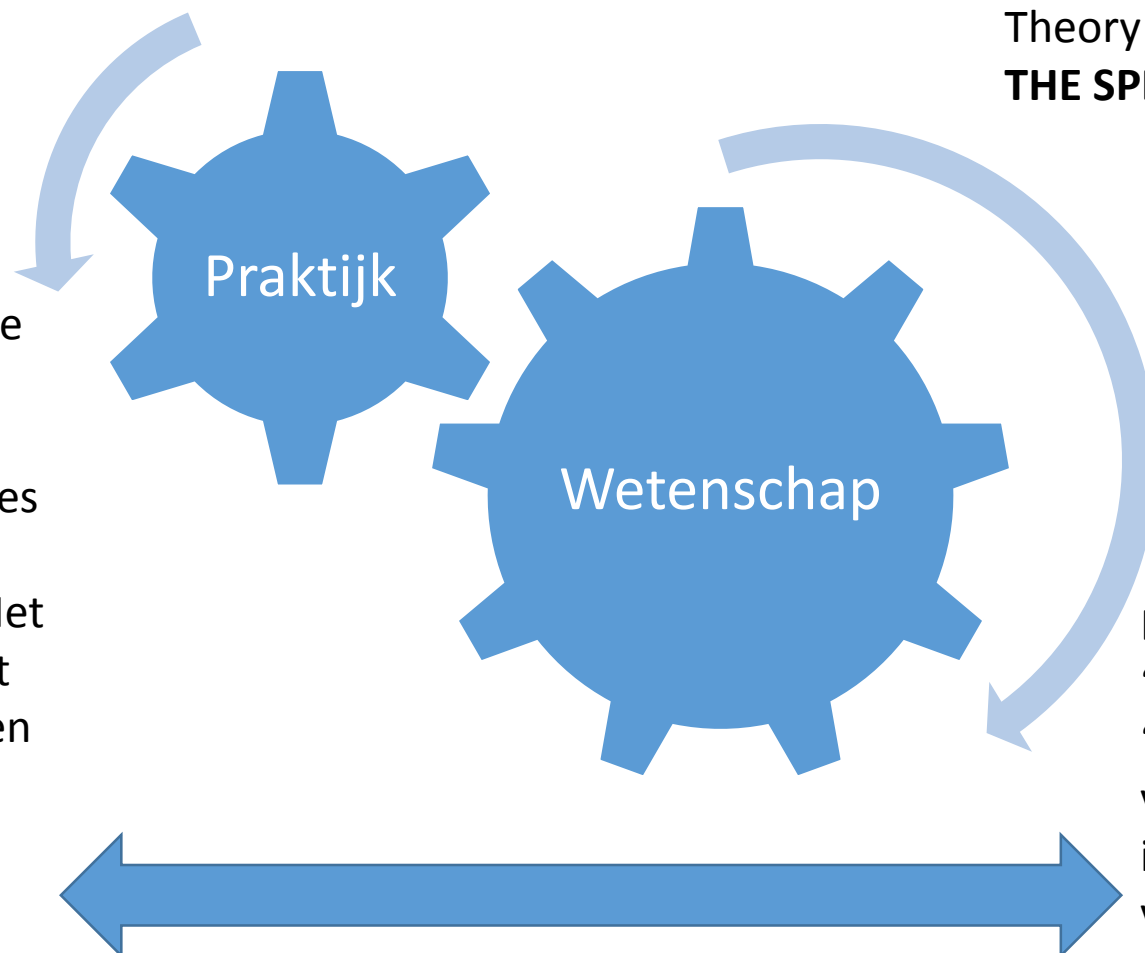
Kritieken op veronderstelling 3: 'Theory of knowledge'

Theory of 'knowing'

TRANSACTION



Ervaring is de manier waarop we een connectie maken met de wereld. Onze acties hebben consequenties. Het onverwachte leidt tot reflectie en een meer intelligente manier van handelen.



Theory of 'knowledge'

THE SPECTATOR



Evidence geeft ons 'de waarheid' en 'de waarheid' dient vertaald te worden in aanbevelingen voor de praktijk.

Kritieken op veronderstelling 3: 'Theory of knowledge'

CULTURELE ROL VAN WETENSCHAP (De Vries)

- Wetenschap moet zorgverleners vooral helpen om opportuniteiten te zien die ze voordien niet zagen.

Techné

Instrumentele kennis

- Effectiviteit van interacties

Pronesis

Praktische kennis of wijsheid

- Het potentieel van wat we doen in termen van wenselijkheid.

Kritieken op veronderstelling 3: 'Theory of knowledge'

CULTURELE ROL VAN WETENSCHAP (De Vries)

- Verschillende interpretaties helpen ons om nieuwe problemen en nieuwe opportuniteiten te zien.
→ Input voor het bepalen van uitkomsten

Techne

Instrumentele kennis

- Effectiviteit van interacties

Pronesis

Praktische kennis of wijsheid

- Het potentieel van wat we doen in termen van wenselijkheid.

Kritieken op veronderstelling 3: 'Theory of knowledge'

CULTURELE ROL VAN WETENSCHAP (De Vries)

- Schept potentieel voor een meer democratische invulling van probleemdefinities, doelen en uitkomstmaten van het medisch handelen.

Techne

Instrumentele kennis

- Effectiviteit van interacties

Pronesis

Praktische kennis of wijsheid

- Het potentieel van wat we doen in termen van wenselijkheid.

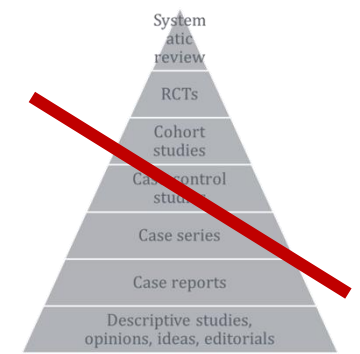
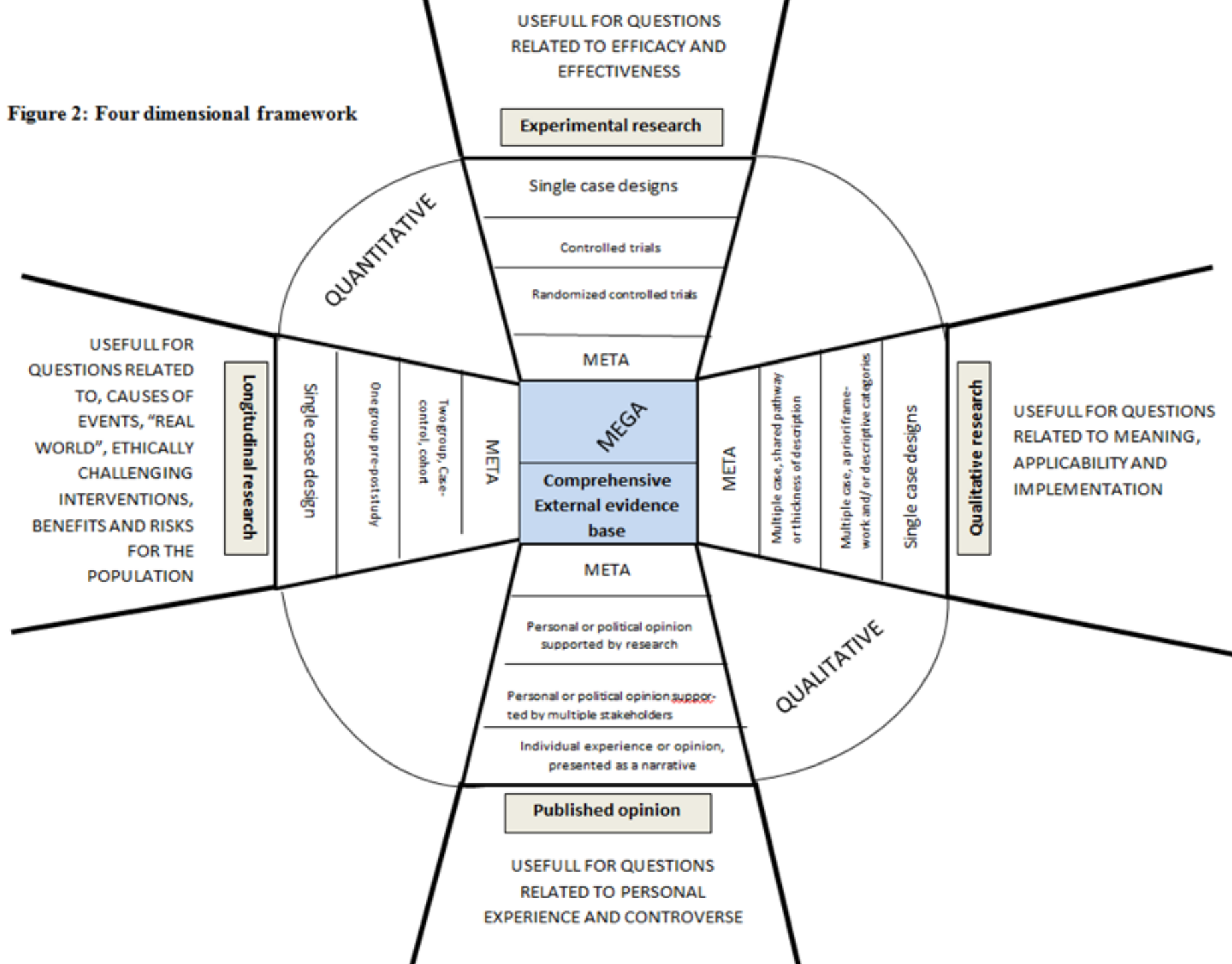
Waar gaan we naartoe?



Waar gaan we naartoe?

- Causale, technologische logica → inclusief model van vraaggestuurd wetenschappelijk verantwoorden
- Instrumentele logica → morele logica
- Ons baseren op 'what is'... → durven inzetten op 'what if' ... (of what happens...)

Figure 2: Four dimensional framework



"Of all the oppositions that artificially divide science, the most fundamental, and the most ruinous, is the one that is set up between subjectivism and objectivism."
Bourdieu 1990:25

[Hannes, K., Behrens, J., Bath-Hextall, F. \(2015\). There is no such thing as a one dimensional hierarchy of evidence: a critique and a perspective. Cochrane Colloquium. Vienna, Austria, 3-7 October 2015.](#)

Waar gaan we naartoe?

Kritische eindnoten

- **Kennis deficiet:** Kennis maakt ons handelen meer intelligent, maar het kan ons niet voorzien in een set van regels voor actie die altijd en in elke situatie toepasbaar zijn. Kennis over de relaties tussen acties en consequenties geeft ons enkel mogelijkheden, geen zekerheden.
- **Effectiviteits/Efficiëntie deficiet:** Interventies in de sociale realiteit genereren geen effecten op een mechanische wijze. Het is echter wel nodig om pogingen te ondernemen om de complexiteit te reduceren, door het aantal opties voor handelen te beperken. De sociale realiteit en sociale interacties fungeren in een open systeem, waardoor de connectie tussen acties en consequenties niet op een deterministische manier in kaart kan worden gebracht.
- **Applicatie deficiet:** De vaste netwerken gecreëerd in onze samenleving die de toepassing van wetenschappelijke kennis mogelijk maken, zijn op zichzelf ideologieën (of heuristieken) die de kans om anders te denken en handelen vaak beperken. De idee dat een praktijk verandert omdat we wetenschappelijke kennis toepassen maakt de acties die de praktijk transformeren om die kennis te faciliteren onzichtbaar.